1881 M. 24

Lane Medical Library 1896

Ein Fall
von Osteoma scapulae sinistrae.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 22. Dezember,

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Gustav Kohrt

aus Stargard in Pommern.

Opponenten:

Herr cand. med. Starck.

Herr cand. med. Tramm.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1896.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0235

Seiner teuren Mutter

und dem Andenken

seines unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Der erste Versuch einer Resection eines Teiles der Untergräthengrube fällt in den Anfang dieses Jahrhunderts. Im Jahre 1811 resecierte Franz Philipp von Walther einen Teil der Untergräthengrube des Schulterblattes. Ihm folgten dann Liston 1819, Dr. Haymann 1823, Janson, Luke 1828, Wutzer 1825 u. s. w. Mit der wissenschaftlichen und technischen Vervollkommnung in der Chirurgie wuchsen dann die Fälle von Resectionen, was Jahrhunderte lang für unmöglich erschienen war, wird von den heutigen Chirurgen spielend ausgeführt. Den Grund zu jenen ersten chirurgischen Eingriffen und zu einem hohen Procentsatz der heutigen gaben und geben Tumoren. Es ist ja leicht erklärlich, dass die Menschen die Hülfe des Arztes aufsuchen, wenn ein solch wichtiges Glied des menschlichen Körpers, wie der Arm mehr oder weniger in seiner Functionsfähigkeit gestört ist. Tumoren der Scapula, seien es gut- oder bösartige, werden, wenn sie eine gewisse Grösse erreicht haben, immer einen Einfluss auf die Beweglichkeit des Armes ausüben. Von verschiedenster Art können diese Tumoren sein, am häufigsten Enchondrome, Sarkome, Osteocarcinome, Osteosarkome, Osteochondrome, am seltensten wirkliche Osteome. Wenn auch an und für sich das Vorkommen von Osteomen nicht so etwas Seltenes ist, denn an den Epiphysen der langen Röhrenknochen z. B.

sind sie öfter zu finden, so ist doch der Sitz dieser Tumoren an der Scapula als eine Seltenheit zu bezeichnen. Von Interesse war es daher, als im Januar d. Js. ein Fall von einem Osteoma scapulae in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Aufnahme kam und von dem Geh. Medicinalrat, Herrn Prof. Dr. Helferich operiert wurde. Durch die Güte des Geh. Medicinalrates, Herrn Prof. Dr. Helferich ist mir dieser Fall zur Bearbeitung überwiesen worden und im Folgenden werde ich versuchen, auf denselben näher einzugehen.

Krankengeschichte.

Anamnese: Patient, der 41jährige Gärtner Heinrich Kruse aus Beseritz bei Friedland in Mecklenburg, leidet seit seinem 9. Jahre an einer Geschwulst auf dem Schulterblatt. Dieselbe entstand angeblich, weil ihn ein Schafbock gestossen hatte. Der Bock hatte den 3 Jahre alten Knaben gegen die Brust gestossen. Sie wuchs bis zum 14. Jahre incl. Am 1. November des Jahres 1895 brach die Geschwulst auf und entleerte aus 2 Oeffnungen Eiter.

Status praesens: 10. I. 1896. Langer schmächtiger Mann ohne Fettpolster mit geringer Musculatur. Ueber den Lungenspitzen Dämpfung und bronchiales Atmen. Herz nichts abnormes. Flacher Brustkorb, Supraclaviculargruben tief eingesunken. Am Körper sonst keine Fehler.

Auf der linken Scapula befindet sich ein etwa apfelgrosser Tumor. Die Haut über ihm ist entzündlich gerötet, an 2 Stellen perforiert. An der oberen dieser

Stellen sieht man freie Knochen in Ausdehnung von etwa 0,5 cm Länge und 1,5 mm Breite, aus der unteren quillt tropfenweise dünner gelber Eiter hervor. Vom Tumor nach der linken Achselhöhle geht ein etwa 2 Finger breiter geröteter Strang. Der Tumor sitzt fest auf der Scapula, ist knochenhart und höckrig an allen Stellen. Eine in die untere vorher genannte etwa linsengrosse Oeffnung eingeführte Sonde geht etwa 2 cm unter die Haut fast ohne auf rauhen Knochen zu stossen. Der gerötete Strang nach der Achselhöhle besteht beim Befühlen aus geschwollenen entzündlichen Lymphdrüsen.

Diagnose: Osteoma scapulae sinistrae.

Die Entzündung der bedeckenden Weichteile wird zunächst mit feuchten Verbänden behandelt.

17. I. 1896. Operation in Chloroformnarkose. Umschneidung der den Tumor bedeckenden Haut durch einen unteren bogenförmigen Schnitt von der hinteren Axellarlinie über die Scapula bis 3 Finger breit von der Wirbelsäule und einen oberen ebenfalls bogenförmigen, beginnend und endigend in der Schnittführung des ersten. Beim präparatorischen Vorgehen in die Tiefe zeigt sich, dass der knollige, harte Tumor pilzförmig gestielt der Scapula aufsitzt und zwar ungefähr in der Mitte des Corpus scapulae, dem medialen Rande näher. Dann wird ungefähr von der Mitte des bogenförmigen Schnittes ein unterer dritter nach abwärts geführt. Die durch den unteren Schnitt entstehenden Lappen werden zurückpräpariert und der hintere Scapularrand freigelegt und der dort ansetzende Rhomboideus maior auf eine kurze Strecke

losgetrennt, um mit dem Finger auch die Vorderseite der Scapula abtasten zu können. Der zwischen Scapula und Thorax vordringende Finger fühlt, dass auch auf der vorderen Seite der Scapula unter dem Musculus subscapularis eine, wenn auch geringere knollige Knochenauftreibung vorhanden ist. Nach deren Befund wird die ganze Basis des Tumors, bestehend aus einem grossen Teil der Scapulafläche mit dem Meissel herausgemeisselt. Es bleibt die Scapula in einer Form, wie ungefähr Figur I zeigt, zurück. Sorgfältige Blutstillung durch Umstechung und Unterbindung. Tamponade. Trockener Verband.

20. I. Wundverhätnisse gut. Wunde durch Secundär-Naht bis auf eine Stelle in dre Mitte der Scapula geschlossen. Diese Stelle wird tamponiert. Trockener Verband.

29. I. 1896. Verbandwechsel. Entfernung der Nähte. Tamponade des mittleren ungedeckten noch tiefen granulierenden Teils der Wunde. Bewegungsübungen mit dem Arm im Schultergebiet bis zur Horizontalen.

7. II. 1896. Verbandwechsel. Die Wunde ist gut verheilt bis auf eine centralgranulierende Stelle. Beweglichkeit im Schultergelenk activ bis zur Horizontalen. Beginn mit Uebungen am Universalapparat.

10. II. 1896. Etwa markstückgrosse Granulationswunde, in der Mitte des Operationsgebietes. Jodoformgaze Tamponade. Trockener Verband. Beweglichkeit des Armes bis zur Horizontalen activ möglich.

13. II. 1896. Patient wird entlassen.

Auf ein Schreiben, das im December 1896 an den Patienten gerichtet ward, teilte derselbe mit, dass es ihm vorzüglich ginge, er könne mit seinem linken Arm jegliche Arbeit thun.

Untersuchung des Tumors.

A. Im frischen Zustande.

Der entfernte Tumor bot nach der Operation im frischen Zustande folgendes Bild: Etwa faustgrosser Tumor von knochenharter Consistenz, der bei der Palpation zackenartig vorspringende Fortsätze fühlen lässt. An der Oberfläche ist derselbe mit einem etwa handtellergrossen Hautlappen bedeckt, welch' letzterer an zwei Stellen, die dicht nebeneinanderliegen, einen erbsen- und haselnussgrossen Defeckt zeigt. In der Tiefe letzterer sind spitze Knochenvorsprünge fühlbar, welche mit Sicherheit die Ursache der Defecte gewesen sind. Der Tumor wird durchsägt von der Oberfläche zur Tiefe und lässt auf dem Durchschnitt spongiöse Knochensubstanz erkennen; in den Maschen derselben findet man im peripheren Teile Blut, im centralen Mark. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die makroskopische Diagnose.

Der Tumor war mit der Scapularwand fest verwachsen, so dass behufs seiner Entfernung dieser Teil der Scapula mitfortgemeisselt wurde. Dieser Teil der Scapula mit einigen Muskeln der vorderen Scapularwand

ist noch im Zusammenhang mit dem exstirpierten Tumor. Kleiner Tumor daneben wird ausserdem mit angrenzender Scapula noch abgemeisselt.

B. Im macerierten Zustande.

Um ein anschauliches Bild zu liefern, wie der Tumor der Scapularwand aufgesessen hat, um darzustellen, welches Aussehen die Scapula mit dem Osteom hatte, als sie unserem Auge durch die Haut und Muskeln entzogen war, wurde an einem macerierten Schulterblatt eine ziemlich ebenso grosse Stelle wie an der lebenden resecirt und nun das exstirpierte und inzwischen macerierte grosse und kleine Osteom künstlich darauf befestigt, so dass ein schönes anschauliches Bild entstanden ist, wie es die Fig. II u. III zeigt. Wir sehen auf derselben, dass auf der hinteren Seite der Scapula ziemlich in der Mitte der Basis scapulae zunächst ein kleines Osteom vorspringt, welches etwa 2 cm medianwärts den Rand des Schulterblattes überragt. Wie ein nicht allzugrosser Pilz mit ziemlich breiter Basis sitzt er der Scapula auf. Seine Oberfläche ist nicht glatt, sondern zeigt Erhabenheiten und Vertiefungen, ein Bild, wie es uns etwa ein Blumenkohlgewächs liefert. Beim Betasten dieses Gebildes fühlt unser Finger eine knochenharte Substanz, wir haben hier überall schön entwickelte Corticalmassen.

Lateralwärts hiervon sehen wir nun einen Tumor, der durch seine Grösse ein hübsches klares Bild giebt. Gerade wie ein Pilz haftet er dem Schulterblatte an

und man kann an ihm eine Aufsatzfläche und einen verjüngten Teil unterscheiden, auf welchem ungefähr eine knöcherne Halbkugel sitzt. Seine Höhe beträgt von der Scapularwand an gemessen 7 cm, der Umfang seiner Aufsatzfläche 13 cm, seines Halses 15 cm und der obere Umfang 17 cm.

Beim Betasten fühlen wir überall eine knochenharte Masse, die Beschaffenheit der Oberfläche ist nicht überall die gleiche. Der mediale Teil zeigt ein vielfach zerklüftetes Aussehen, dichte stark gewucherte Corticalmasse bildet denselben. Die obere, die nach dem Processus coracoidens und Acromion zusehende, ferner die laterale Fläche ist im Gegensatz zu der medialen von vollständiger Glätte; beim Hinüberstreichen mit dem Finger stossen wir auf keinen zackigen Vorsprung. Auch hier wird diese äusserste Schicht von Corticalis gebildet.

Auf dem Durchschnitte (Figur IV), der von der Oberfläche zur Tiefe so geht, dass nicht der Hals in zwei Teile geteilt wird, sondern der gelegte Schnitt vor dem unteren Teile des Halses hervorkommt, können wir deutlich 3 Teile unterscheiden. An der rechten Seite sieht man eine Partie, die ein festes zusammenhängendes Gewebe zeigt, es ist dieses die im Durchschnitt getroffene Corticalsubstanz, welche die vorher erwähnte mediale zerklüftete Fläche bildet. Die linke Seite stellt eine glatte Fläche dar, es ist dies nämlich die untere Seite des Halses, vor welcher die Schnittführung der Säge hervorgekommen ist. Diese glatte Fläche ist ebenfalls

Corticalis. Zwischen die linke und rechte Partie schiebt sich in Dreiecksform Spongiosa hinein, deren Basis, überdacht von Corticalis an der Oberfläche, deren Spitze an der unteren Seite liegt.

Wir haben also gesehen, dass von der Scapula aus von deren basalem Teile 2 Osteome hervorgegangen sind, ein mediales kleine und lateral davon ein erheblich grosses.

Ich erwähnte vorhin, dass der vorstehende Fall ein seltener wäre und zwar mit Recht, denn in der Litteratur habe ich nur wenig Fälle gefunden, die dem vorstehenden analog und vollständig an die Seite zu stellen wären. Bezeichnungen und Ansichten über Osteome sind zu verschiedenen Zeiten andere gewesen und noch heutigen Tages bezeichnet die eine Schule einen Tumor für ein echtes Osteom, während eine andere denselben nicht für ein wirkliches ansieht. Es gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, hierauf näher einzugehen. Bei der Anfertigung derselben habe ich in der Litteratur von verschiedenen Gesichtspunkten aus nachgesehen und so habe ich unter „Exostose“ in Schmidts Jahrbüchern II 180 folgenden Fall gefunden.

Litterarische Studien über ähnliche Fälle.

(Wm. Beaumont.) Ein 13jähriger Knabe litt an einer Geschwulst am unteren Winkel des rechten Schulterblattes, die ihm bei Bewegungen Schmerz verursachte, ihn matt machte und die freien Bewegungen der

rechten oberen Extremität beschränkte. Der untere Winkel der Scapula war durch die Geschwulst 2" weit von den Rippen in die Höhe gehoben; dieselbe war von dem Umfange einer grossen Wallnuss, entsprang von der Rippenfläche der Scapula nahe am unteren Winkel, ragte über den unteren Rand hinaus und fast bis zur Basis dieses Knochens, so dass man 2 Seiten der Geschwulst fühlte, der Rest aber vom Schulterblatt bedeckt war. Härte und feste Anheftung liessen die Diagnose auf eine Exostose stellen. Es fand Operation statt, die rechte obere Extremität war zuerst geschwächt, doch stellte sich die Funktionsthätigkeit später wieder ein.

Leider ist nicht beschrieben worden, welches Aussehen dieser Tumor gehabt hat, nachdem er auf operativem Wege entfernt worden ist, nicht, welches Bild auf dem Durchschnitte zu sehen gewesen ist. Mit Sicherheit kann man demnach heute nicht mehr sagen, dass dieser Fall ein wirkliches echtes Osteom gewesen ist, doch liegt die Vermutung sehr nahe.

Ebenso hat Thom. Löwe 1861 einen Fall von einer Exostose bei einem 8 Jahre alten Knaben an der Fossa infraspinata erwähnt.

Jaeger nahm 1838 bei einem 12 Jahre alten Knaben eine Resectio ang. inf. vor wegen einer Exostose; ferner Ried 1849 bei einem 27jährigen Manne.

John Birkett erwähnt, dass er und seine Collegen am Guys-Hosp. Rep. seit 1857 50 Exostoren entfernt hätten, davon waren 3 auf die Scapula gefallen.

Bei der multiplen Exostosenbildung sehen wir an den übrigen Knochen verhältnissmässig bedeutend häufiger Exostosen auftreten als an der Scapula, doch ist dieselbe auch beteiligt, wie wir es bei einem Falle sehen, welchen Degranges am 27. Mai 1872 der medicinischen Gesellschaft in Lyon vorstellte. Es war dies ein 23 Jahre alter Patient, welcher an fast allen grösseren Knochen des Körpers Exostosen besass. Derselbe war früher immer gesund, im 19 Jahre erlitt er eine Fractur des rechten Beines und des Vorderarmes. In seinem 21. Lebensjahre fand man bei der Militärrevision eine hühnereigrosse Geschwulst an der Innenseite des linken Oberschenkels. Sechs Monate nachher bemerkte Patient eine solche Geschwulst am oberen Ende der linken Tibia. Von da ab entwickelten sich successive in Zwischenräumen von wenigen Wochen an den meisten Röhrenknochen, am Becken und auch am Schulterblatt zahlreiche Knochenauswüchse.

William Price (In Margate) (Sancet. 1863. Vol. I p. 631) beschreibt einen Fall von multipler Exostosenbildung extremen Grades bei einem 15jährigen Knaben, bei dem schon im Alter von 18 Monaten eine solche bemerkt worden war. Die Exostosen hatten eine bedeutende Grösse erreicht, auch die Scapula hatte zwei an ihren spinis.

Bei diesen angeführten Fällen handelte es sich auch um knochenähnliche Tumoren der Scapula, ob es aber echte waren, kann ich nicht mit Bestimmtheit aussprechen.

Einen dem von mir beschriebenen Osteom nahe kommenden Fall finden wir in Virchows Archiv Bd. IV. Nicht Jahre, sondern schon Jahrzehnte sind seit der Publication in das Land gegangen, ohne dass ein zweiter solcher Fall veröffentlicht worden ist. Damals, als die Schulterblattresection von Prof. Textor ausgeführt wurde, wusste man noch nicht, welch einen mächtigen Bundesgenossen der Chirurge in der Antisepsis und Asepsis hatte. Aus geschichtlich chirurgischem Grunde will ich daher nicht blos auf jenen in Virchows Archiv veröffentlichten Fall verweisen, sondern denselben hier noch einmal im Zusammenhange recapitulieren.

Margarete Hauck aus Wiesentheid, zwei Jahr zwei Monate alt, ward am 20. Juni 1846 wegen einer grossen Geschwulst in der rechten Schulterblattgegend in das Juliushospital gebracht und in die chirurgische Abteilung aufgenommen.

Ueber die Entstehung der Geschwulst konnte uns die Mutter des Mädchens nur Folgendes angeben. Vor ungefähr fünf Vierteljahren habe sie am rechten Schulterblatte des Kindes eine kleine harte Geschwulst bemerkt von der Grösse eines kleinen Taubeneies. Eine veranlassende Ursache wusste sie nicht anzugeben. Sie habe dann einen practischen Arzt zu Rate gezogen, welcher erklärte, die Sache sei von keiner Bedeutung, und Einreibungen und Fischleberthran verordnete. Da nun trotz dieser eingeleiteten Behandlung die Geschwulst immer mehr an Umfang zunahm und derselbe Arzt nach einer nochmaligen Untersuchung auf seiner Ansicht beharrte,

so habe sie es endlich für ratsam gehalten, im Juliushospital Hülfe zu suchen.

Bei einer näheren Untersuchung des Kindes ergab es sich, dass die Geschwulst von der Untergräthengrube des Schulterblattes ausgehend, etwa fingerbreit unter der Gräthe desselben beginnend, die ganze Achselhöhle ausfüllend, sich nach vorn erstreckte, bis an das vordere Drittel der zweiten und dritten Rippe reichte und bis fast unter das Schlüsselbein sich ausdehnte. Sie war von rundlich eiförmiger Gestalt, von der Grösse eines kleinen Strausseneies, bei der Berührung empfindlich und hart wie Knochenmasse, liess durch die gesunde unveränderte Haut mehrere sehr kleine höckrige Erhabenheiten durchfühlen, war wenig beweglich, schien aber mit der seitlichen und vorderen Fläche der genannten Rippen (da man von vorneher zwischen diesen und der Geschwulst mit den Fingern etwas eindringen konnte) nicht verwachsen, sondern nur mit dem Schulterblatte in Verbindung zu stehen, sie bewegte sich deutlich mit diesen Knochen. Der Arm war frei und beweglich, stand mit der Geschwulst ebenfalls in keiner Verbindung. Die Grösse der Geschwulst verhinderte ein vollkommenes Anziehen des rechten Armes an die Brust. Das Kind war ausserdem vollkommen gesund. Am linken Schulterblatte fand sich am hinteren Rande (Basis scapulae) ein erbsengrosser harter rundlicher Knochenauswuchs, vielleicht der Keim einer ähnlichen Geschwulst.

Es war kein Zweifel, dass diese krankhafte Knochen-

bildung noch mehr an Umfang gewinnen werde und dass nur durch die Ausschneidung derselben Heilung erzielt werden könne. Am 22. Juli 1846 wurde die Operation von Herrn Prof. Dr. Textor vorgenommen.

Zuerst wurde ein etwa 6 Zoll langer Schnitt wagrecht über den längsten Durchmesser der Geschwulst (den queren) von hinten nach vorn, bei erhobenem Arme durch die Haut und die übrigen Weichteile geführt. Derselbe begann etwa $1^1/_2$ Zoll von den Dornfortsätzen der Wirbelsäule, hart unterhalb der Gräthe des Schulterblattes, lief dann nach aussen unterhalb der Achselgrube nach vorn und endigte etwa 2 bis $2^1/_2$ Zoll vom Brustbein entfernt auf der Höhe der zweiten Rippe. Auf diesen ersten Schnitt fiel ein zweiter senkrechter von $1^1/_2$ Zoll Länge neben den senkrechten Durchmesser der Geschwulst gerade an der Aussenseite des Brustkastens, nahe an der hinteren Achselfalte geführt, so dass das Ganze einen T Schnitt mit sehr grossem Querteile darstellte. Beide Schnitte wurden durch sämtliche Weichteile bis auf die Geschwulst selbst geführt, dann die so vorgezeichneten beiden rechtwinkligen Lappen, welche den Untergräthenmuskel in sich begriffen, gegen ihre Grundfläche zurückgeschlagen und damit die höckrige Geschwulst blossgelegt, was ziemlich leicht von Statten ging. Etwas schwieriger war die Ausschälung der Geschwulst an ihren Seiten und besonders nach oben, wo sie sehr nahe an die Schulterblattgräthe ragte und den Untergräthenmuskel hingedrängt hatte, jedoch gelang es, die bedeckenden Weichteile sämtlich von der Ge-

schwulst abzulösen und diese freizulegen. Nachdem man den unteren Winkel und den vorderen Rand des Schulterblattes von den Muskelansätzen getrennt und eine starke, spritzende Schlagader unterbunden, hierauf neben der Geschwulst zwischen ihr und dem inneren gegen die Wirbelsäule gekehrten Rande die Beinhaut eingeschnitten hatte, wurde, da die Geschwulst den ganzen Raum der Untergräthengrube bis auf einen etwa einen halben querfingerbreiten Streifen längs des inneren Randes ausfüllte, ein grader senkrechter Einschnitt, gleichlaufend der Längsachse des Körpers, durch den platten Teil des Schulterblattes zwischen der Geschwulst und dem inneren Schulterblattrande mit Bernhard Heine's Osteotom gemacht. Hierauf ward unterhalb des Gelenkfortsatzes und der Gräthe des Schulterblattes mit einer feinblättrigen Uhrmachersäge ein wagerechter Einschnitt durch den platten Teil des Schulterblattes (Corpus scapulae) gemacht, welcher mit dem ersten senkrechten in einem Winkel von etwa 100° zusammenstiess. Hierauf ward die Geschwulst gefasst, vorsichtig von unten nach oben aufgehoben und vom Unterblattmuskel und den noch übrigen Verbindungen abgelöst, wobei zuletzt noch eine Schlagader unterbunden werden musste, und so war die ganze Geschwulst samt einem dreieckigen Stücke aus dem platten Teil des Schulterblattes, der unteren Gräthengrube mit Erhaltung des grössten Teiles des inneren Randes und des Umschlagortes mehrerer Muskeln herausgeschnitten und entfernt.

Nachdem man noch eine kleine spritzende Schlag-

ader unterbunden hatte, — früher war dies schon mit einer anderen in der Nähe der Achselhöhle geschehen, sodass also im Ganzen nur vier Gefässe unterbunden worden waren — wurde die Wunde gereinigt, die Wundlefzen einander genähert und durch zwei breite Heftpflasterstreifen zuerst der senkrechte, dann durch einen quer angelegten Streifen der wagerecht verlaufende Einschnitt vereinigt. Darüber legte man eine mit Cerat bestrichene viereckige Leinwand, welche an ihren beiden nach vorn und hinten schauenden Rändern mehrfach eingeschnitten und in der Mitte einen Querspalt hatte, durch welchen man den rechten Arm des Mädchens durchgehen liess, sodass die Heftpflaster schön bedeckt wurden. Darüber legte man einen Leinwandbauschen, welchen man durch ein Kopftuch befestigte. Die kleine Kranke, welche nur anfangs sehr geschrien, dann aber wider Erwarten standhaft gehalten hatte, obgleich sie schon beim Betasten und Untersuchen der Geschwulst sehr ungebärdig gewesen war, wurde sodann zu Bett gebracht. Die frische Geschwulst wog $6^1/_2$ Loth, die getrocknete fast $3^1{}_8$ Loth baierisch bürgerliches Gewicht. Sie hatte die Grösse einer Faust, 3 Zoll im Queren-, $2^1{}_{/2}$ im Längen- und ebensoviel im Dickendurchmesser. An ihrer Oberfläche zeigte sie eine Menge kuglicher, höckeriger, rundlicher Erhabenheiten und einen feinen, bläulich-weissen durchschimmernden Knorpelüberzug und darunter deutliches schwammiges sehr blutreiches Knochengewebe. Unter dem Mikroskop zeigte der Knorpelüberzug dieselbe Beschaffenheit wie der Knochenknorpel bei

Leibesfrüchten und bestand aus einer dichten Grundmasse, in welcher Knorpelzellen eingebettet lagen, welche weiter nach innen zu, den Knochenkörperchen durch feine zackige Strahlenfortsätze, die von ihnen ausgingen, immer ähnlicher wurden.

In der Nacht vom 22. auf den 23. war das Kind unruhig und fuhr öfter aus dem Schlafe auf und schrie, wahrscheinlich in Folge von Angst und beunruhigenden Träumen, die durch die gestern an demselben vorgenommene Operation erzeugt wurden. Gegen Morgen fieberte es sehr heftig. Nach der Beschreibung, welche die bei dem Kinde wachende Mutter davon machte, hatte dasselbe zweimal sehr schnell vorübergehende Convulsionen mit Verdrehung der Augen. Man liess alle 1—2 Stunden 1 Esslöffel voll einer Mixtur einnehmen.

Der Verband war stark durchnässt und wurde daher erneuert.

Am 24. Juli war das Kind ruhiger und schlief mitunter. Das Fieber war aber noch heftig und es wurde deswegen eine Mixtur verordnet von Mixt. oleos., Kali nitr. depurat, Syr. simpl.

Der durchfeuchtete Verband wurde weggenommen.

Am 25. Juli war das Befinden gut, das Fieber mässig, daher wurde die Arznei fortgelassen, Milchdiät. Verband bleibt liegen.

Am 27. Juli wurde der Verband abgenommen, die Wunde sah gut aus, die Eiterung war mässig. Nun täglicher Verbandwechsel. Das Befinden bessert sich immer mehr.

Am 1. August hatte die Eiterung sich bedeutend vermindert, die Wunde sah sehr gut aus und hatte sich schon von den drei Enden her zum Teil vereinigt, so dass man einer schnellen Heilung entgegensehen konnte.

Am 6. August wurden die allzu üppig wuchernden Fleischwärzchen mit Pulver, aus gleichen Teilen Zucker und Sabina von Zeit zu Zeit bestreut. Die Wunde wurde trocken verbunden. Unter dieser Behandlung nahm die Eiterung immer mehr ab, die Wunde füllte sich ganz mit Granulationen und verkleinerte sich immer mehr. Vom 22. August an wurde sie täglich beim Verbandwechsel mit Höllenstein betupft.

Als die kleine Kranke am 31. August 1896 entlassen wurde, war die ganze grosse und tiefe Tförmige Wunde bis auf einen kleinen oberflächlichen Teil vernarbt, alle Bewegungen des Armes vollkommen ungehindert.

Auf das Aussehen des Tumors und seines Durchschnittes muss ich auf die Tafel I in Virchow's Archiv Bd. IV verweisen.

Deckt sich der von Textor beschriebene Fall auch nicht in allen seinen Teilen ganz genau mit dem in unserer Greifswalder Klinik operierten, so kommt er demselben doch ganz nahe und zeigt uns, dass ein solch grosses echtes Osteom der Scapula ein interessanter und seltener Fall ist.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Helferich für die gütige Überweisung dieser Arbeit und Herrn Dr. Sick für die freundliche Unterstützung bei derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Virchow's Archiv, Bd. IV.
Virchow-Hirsch, 1869, II, 1872, 1838, 1849.
Langenbeck, Archiv für klinische Chirurgie.

Lebenslauf.

Verfasser, Gustav Wilhelm Kohrt, evang. Confession wurde geboren am 12. Dezember 1871 zu Stargard i. P. als Sohn des Lehrers Christian Kohrt und seiner Ehefrau, Friederike geb. Fritz. Den Anfangsunterricht erhielt er von seinem Vater, besuchte dann das Königl. Gymnasium seiner Vaterstadt, welches er am 22. Februar 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Um Medicin zu studieren, bezog er dann die Universität Greifswald im S.-S. 1892. Im Mai desselben Jahres starb sein Vater. Ende W.-S. 1893/94 ging er in das tentanem physikum, genügte darauf im Sommer 1894 seiner Militärpflicht mit der Waffe beim III. Bataillon Infant.-Regts. Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm. No. 42, und bestand am 21. November d. J. das Tentamen medicum und am 7. December das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten, Arndt, Ballowitz, Beumer, Grawitz, Helferich, Heidenhain, Hoffmann, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Range, O. Schirmer, Schmitz †, Schultz, Solger, Sommer, Strübing, Stoewer.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus, besonders den Herren Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mosler, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Helferich, Prof. Dr. Grawitz, in deren Kliniken er als Volontär bezw. als Unterarzt thätig sein durfte, und Herrn Prof. Dr. Schirmer, der ihm gütigst gestattete, sich in seiner Poliklinik zu beschäftigen.

Thesen.

I.

Bei tuberculös hereditär belasteten Personen ist das Turnen eine gute Prophylaxe.

II.

Die Schutzpockenimpfung ist trotz aller Anfeindungen die beste prophylaktische Massregel, welche die öffentliche Gesundheitspflege kennt.

III.

Bei einer einseitigen Nierentuberculose ist baldige Exstirpation dringend anzuraten.